

TRABAJOS ORIGINALES

DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO EN EL NIÑO

por el

*Dr. JOSE DURAN VON ARX**

BARCELONA

¿PARCELACION O INTEGRACION?

El niño es un paciente que, pese a su edad, puede presentar una patología muy variada. En este sentido, no cabe duda que especialidades tales como la odontopediatría, la ortodoncia y la odontología preventiva inciden de forma muy particular en el niño. Y, bajo este punto de vista, también resulta lógico que existan especialistas en cada una de estas ramas del conocimiento odontológico.

Ello no viene a ser más que el escalafón final de un proceso de especialización de las ciencias, que ha acaecido durante el presente siglo y —en especial— durante los últimos treinta años. La especialización no ha sido más que un proceso evolutivo de las ciencias, caracterizado en la parcelación del conocimiento de las mismas. Todo ello para llegar a un mayor y más profundo conocimiento de cada una de esas “parcelaciones de la ciencia” que, en nuestro caso, es la odontología.

“Parcelar para especializarse”: éste ha sido el camino seguido por los jóvenes formados en los últimos años. De ello se deduce que se ha producido —también— una verdadera “parcelación de conocimientos”, en el sentido de que un especialista en determinada parcela suele tener conocimientos muy profundos, pero específicamente restringidos a los límites que su especialidad le crean. El individuo llegará a “dominar” su especialidad pero no tendrá una formación tan intensa en el resto de parcelas de su ciencia. Pero eso no resulta tan grave, teniendo en cuenta su propia limitación en la capacidad de aprendizaje en los diversos ámbitos: cognoscitivo, afectivo o psicomotor.

(*) Profesor Titular de Profilaxis Estomatológica, Estomatología Infantil y Ortodoncia. Escuela de Estomatología de Barcelona.

Lo que resultará realmente grave será el verdadero "desconocimiento de su ciencia general", la verdadera pérdida del individuo en un sistema de parcelaciones que llevan a la desconexión y aislamiento más lamentable. Además, todos aquellos conocimientos generales aprendidos, pueden realmente perderse, por falta de aplicación.

En estas condiciones, el individuo pierde la "idea de conjunto" y, aunque —en determinados casos— la labor en equipo pueda ser un marco de aproximación hacia otras parcelas, la práctica cotidiana nos demuestra que, en la mayoría de casos, el aislamiento suele llegar a ser sinónimo de "especialización". ¿No estamos, acaso, frente a un fenómeno totalmente antinatural?

En estas condiciones, el individuo limita su capacidad de aprendizaje, a través de una posición incómoda para la transmisión de conceptos teóricos o prácticos. Solamente los cursos, seminarios, reuniones científicas o las fuentes bibliográficas mantienen científicamente "vivo" al profesional. Pero ello suele ser, de nuevo, una parcelación en la información. Y es que, realmente, ese especialista vive aislado en el mundo que su parcela le ofrece.

La falta de información general equivale al establecimiento de un lento "morir científico" del especialista. Ello viene determinado por la limitada conexión de su parcela con otras de la misma ciencia y, mucho más, con ciencias lejanas. El progreso de cualquier conocimiento se basa en la posibilidad de aprovechar conocimientos de ciencias o disciplinas muy diversas. Esta capacidad de información generará posibles perspectivas de aplicación de nuevos conocimientos y técnicas, a nivel de la parcela en cuestión. Este verdadero "trasvase de conocimientos" enriquecerá cada parcela, creando un proceso que hoy denominamos "evolución".

Todo ello no se producirá, si no acontece un fenómeno de "integración", la verdadera "desespecialización" del individuo, volviendo hacia la búsqueda del camino que le lleva hacia el conocimiento general de las ciencias o metaciencia. Es el regreso hacia el "conocimiento general", donde es posible interrelacionar ciencias o parcelas de una ciencia, entre sí, bajo el prisma de la integración.

La integración corresponde, a su vez, a una forma de analizar hechos y criterios, desde una perspectiva más general que, aun siendo menos profunda, otorga una visión más clara y realista de los mismos. Sería difícil imaginarnos a un poeta que solamente fuese poeta, desconociendo todas las demás artes o ciencias; sería un poeta pobre de espíritu, sin recursos psíquicos ni imaginación. Lo mismo puede ocurrir con un especialista en odontología, que solamente conociese su especialidad y tuviese conocimientos pobres en las demás especialidades odontológicas y, cómo no, en las demás ciencias de la salud. Ello conllevaría a una práctica limitada de sus conocimientos que, aunque hiperespecializados y condensados, carecen de esa "filosofía de integración" y, por tanto, con una real ausencia de perspectiva de futuro de

su propia especialidad.

Bajo estos principios, estaría claro que un especialista en ortodoncia debe tener conocimientos más que suficientes en odontopediatría y odontología preventiva, ya que su ámbito de actuación es la boca del niño. Por otro lado, entendiendo al niño como una entidad total, este especialista debería tener unas bases de conocimientos claras en las materias de pediatría y psicología. Y si deseáramos valorar al niño dentro de su ámbito familiar, escolar y social, deberíamos tener conocimientos claros sobre sociología y psicología social. Y es que el campo de los conocimientos es ilimitado, cuando nuestro principal objetivo sea el de llegar a ser un "especialista completo" o, lo que es lo mismo, un especialista ideal, con una formación completa y un espíritu de integración de nuestra materia con las demás.

Pero esa integración o capacidad de ver una determinada materia bajo una perspectiva global y de interrelación con otras parcelas, debería ser el objetivo primordial en la formación educativa de un superespecialista, pero también debería serlo para el odontólogo general. En este segundo caso, la formación debería ser menos intensa pero sí, en cambio, global e integrada. Y éste, quizás, puede ser el punto de mayor importancia, teniendo en cuenta que este tipo de profesionales son mayoritarios en odontología.

El odontólogo en general es quien tiene, hoy en día, un mejor y más fluido acceso a los problemas odontológicos de nuestra población infantil y, por ello, resulta lógico pensar en su formación odontológica integrada, frente al niño, al igual que lo deberá ser frente al adulto. Teniendo en cuenta que un odontólogo general visita a un adulto, haciendo un *diagnóstico odontológico integral* del mismo, remitiendo lo que no esté a su alcance, al periodoncista, endodoncista, etc., parece lógico pensar que su actitud frente al niño deba ser la misma: diagnosticarlo integralmente y remitirlo al especialista que proceda: ortodoncista u odontopediatra.

Pero, de igual modo que pensamos que el odontólogo general debería poder asistir a un niño de modo integral, resulta obvio el afirmar que un especialista infantil estará más obligado a tener dichos conocimientos, aunque esté especializado y, por tanto, parcelado en una zona determinada de la atención odontológica infantil, tal como puede ser la ortodoncia. Quizás deberíamos, aquí, destacar que, así como el odontólogo general debería ser capaz de realizar en un niño un diagnóstico odontológico integral, el especialista infantil debería ser capaz de hacer todo el tratamiento odontológico del niño, de modo integral, o bien en una actuación integrada con otros especialistas infantiles. Este podría ser el ejemplo de la actuación integrada de ortodoncista y odontopediatra.

El *concepto de integración*, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento son, pues, válidos tanto para los especialistas (odontopediatras, ortodoncistas, etc.) como para los odontólogos y estomatólogos generales. La única diferen-

cia estribará en los niveles de actuación, en función del grado de especialización de cada uno.

ESTRATIFICACION E INTERRELACIONAMIENTO EN LA INTEGRACION

Integrar criterios de dos o más especialidades o perfiles, resulta dificultoso, ya que debemos compaginar conceptos muy diversos. De hecho, cuando hablamos de diagnóstico integrado en el niño, implica asociar entre sí criterios diagnósticos de campos tan bien diferenciados como pueden ser la ortodoncia, la odontopediatría, la odontología preventiva, la psicología, etc.

Durante el proceso de *diagnóstico*, a su vez, aparece un criterio de análisis específico de cada problema, valorándose su pronóstico y grado de urgencia en su posible tratamiento. De ahí que diagnosticar no solamente signifique descubrir y catalogar determinada patología, sino también aprender a valorarla cuantitativa y cualitativamente. Esta valoración se establecerá según criterios de prioridad. Los factores de prioridad podrán establecerse bajo principios muy diversos, aunque resulta importante sistematizar y unificar dichos criterios. De todos modos, antes de establecerse las prioridades, resultará importante *estratificar los criterios diagnósticos*, así como el propio diagnóstico y sus conclusiones.

La estratificación de los criterios diagnósticos se establecerá según el grado de evolución de la enfermedad, pudiéndose seguir —en este sentido— los criterios preconizados por LEAVELL y CLARK. De este modo, podremos distinguir cinco niveles de estratificación en el diagnóstico:

Primer nivel: correspondiente al estadio preclínico de LEAVELL y CLARK y que significa el perfecto estado de salud del individuo.

Segundo nivel: se corresponde al estadio clínico temprano, justo cuando se produce el inicio de la enfermedad.

Tercer nivel: que ya significa la presencia de enfermedad, en un estadio clínico avanzado.

Cuarto nivel: identifica un estado de enfermedad avanzado, en el que comienzan a producirse procesos irrecuperables.

Quinto nivel: se caracteriza por la presencia de una enfermedad totalmente evolucionada y con los máximos exponentes de irrecuperabilidad.

Dicha estratificación en el diagnóstico ya comporta un criterio claro de clasificación, en función del grado de evolución de la enfermedad diagnosticada. Pero, teniendo en cuenta que dicha estratificación deberá ir ligada a una tarea de integración de criterios diagnósticos de diferentes perfiles odontológicos, será importante —inicialmente— *estratificar los diagnósticos según*

perfiles. Es así como estratificaremos el diagnóstico ortodóncico, odontopediátrico, preventivo, psicológico, etc., para poderlos integrar posteriormente.

PERFILES	ORTODON.	ODONTOP.	PROFILA.	PSICOLO.
N				
I	QUINTO	QUINTO	QUINTO	QUINTO
V	CUARTO	CUARTO	CUARTO	CUARTO
E	TERCERO	TERCERO	TERCERO	TERCERO
L	SEGUNDO	SEGUNDO	SEGUNDO	SEGUNDO
E	PRIMERO	PRIMERO	PRIMERO	PRIMERO
S				

La estratificación de la valoración diagnóstica no hace más que establecer un cierto orden entre diversos procesos patológicos, en función de su evolución, pero no en cuanto a gravedad, ya que —por ejemplo— una neoplasia incipiente se vería encuadrada en un segundo nivel, mientras que una intensa maloclusión en un paciente no crecedor estaría catalogada a nivel quinto. Este ejemplo resulta bien demostrativo de que la estratificación no implica prioridad terapéutica, sino que determina una clasificación por estadios evolutivos de la enfermedad.

En consecuencia, muchos podrían preguntarse de la utilidad de la estratificación diagnóstica. Pues bien, dicha técnica establece una clasificación cuantitativa de la enfermedad que, posteriormente deberá ser recalificada, desde un punto de vista cualitativo. Pero otra ventaja de esta clasificación cuantitativa, resulta de su especificidad por perfiles o especialidades. La sistematización en la valoración de cada parcela o perfil, preestablece y asegura su valoración, con lo que se evita la tan frecuente situación de hacer un tratamiento de ortodoncia, sin restaurarse las caries presentes. Otra situación común es la de restaurarse unas caries sin que se haya puesto en marcha un tratamiento preventivo. Estos dos casos indican —claramente— la ausencia total del diagnóstico en una determinada parcela. La estratificación en el diagnóstico, implica una verdadera sistematización en la valoración de la patología del individuo, por parcelas o especialidades, lo que hace más completa la actuación profesional.

Verdaderamente, podemos admitir que la estratificación del diagnóstico nos permite contemplar la patología del individuo en su nivel evolutivo actual. Ello conlleva una visión particular de cada problema, aunque con una visión general y de conjunto, en la que podemos valorar, comparativamente, una patología de otra, en función de su grado de desarrollo.

Una vez estratificados los criterios diagnósticos, y —a su vez— clasificados por perfiles o especialidades, podremos comenzar el proceso de integración del diagnóstico. Para ello, se realizará un proceso de *interrelacionamiento de los valores diagnósticos* ya estratificados. En este proceso, valoraremos las posibles relaciones que pudieran existir entre los diversos factores diagnósticos. Así, por ejemplo, en un paciente con una marcada policaries en dentición decidua y con intensa destrucción de los segundos molares temporales superiores, podríamos establecer que esta patología odontopediátrica podría ser la responsable de la existencia de una relación molar de clase II de Angle, según diagnóstico ortodóncico. A su vez, la ausencia total de medidas preventivas en este individuo, así como su falta de higiene y malos hábitos dietéticos —como valoración diagnóstica preventiva— es probable que hayan sido la causa de su policaries, como problema odontopediátrico. Este es un claro ejemplo de interrelacionamiento de criterios estratificados.

El interrelacionamiento aclara y establece relaciones directas o indirectas entre diferentes procesos patológicos y aproxima más al diagnóstico hacia el esclarecimiento de sus fuentes etiológicas. El *diagnóstico etiológico* resulta imprescindible para evitar toda posible futura recidiva del problema. Imaginémonos un paciente con un proceso de respiración bucal (diagnóstico O.R.L. de nivel tercero) con una maloclusión de clase II/1 de Angle en una dentición mixta (diagnóstico ortodóncico de nivel segundo), caries incipientes en piezas temporales (diagnóstico odontopediátrico de nivel segundo), con un complejo provocado por su problema estético y maloclusivo (diagnóstico psicológico de nivel tres) y un problema de disfunción muscular peribucal con hábito de deglución atípica (diagnóstico miofuncional de nivel dos). Suponiendo que el problema respiratorio sea leve y haya pasado inadvertido por el profesional, se procede a corregir los problemas ortodóncico, odontopediátrico, psicológico y miofuncional. Una vez terminado el tratamiento, podremos comprobar cómo el proceso de respiración bucal no diagnosticado ni tratado generará una nueva maloclusión de clase II/1 de Angle y caries incipientes en las arcadas. La maloclusión creada, con su resalte incisivo, establecerá una nueva situación de desequilibrio de la musculatura labial, así como una deglución atípica. El paciente, en estas condiciones estéticas, se volverá a sentir aconplejado. Vemos como, en este caso, toda la patología ha vuelto a resurgir, como consecuencia de un negligente diagnóstico etiológico, donde la causa —madre de toda la patología— había pasado inadvertida.

He aquí que el proceso de interrelación sea el más imaginativo de todo el conjunto de la integración diagnóstica, ya que precisamos, para ello, de una gran dosis de información (ámbito teórico) que deberemos saber aplicar sobre la clínica del paciente (ámbito práctico), con una amplia capacidad de previsión de predicción evolutiva de la enfermedad, así como de su posible pronóstico.

A través del interrelacionamiento en la estratificación de los criterios de diagnóstico, conseguimos una integración dinámica de los mismos. La valoración del pronóstico de los diferentes componentes del diagnóstico, vendrá determinada por el propio interrelacionamiento. De ahí que no sea posible valorar un factor diagnóstico, de modo aislado, ya que su propia presencia puede ser capital en el desarrollo de nuevos procesos o factores diagnósticos. Así, por ejemplo, la presencia de una caries interproximal en un molar temporal, no puede ser juzgada de modo aislado, sino intentar relacionarla con otros factores patológicos. Es posible que hallemos una relación directa con la presencia de una discrepancia óseo-dentaria negativa o, inclusive, con una maloclusión incipiente. De ahí que no se deba analizar ni valorar los factores diagnósticos por separado, sino en un claro ámbito de interrelacionamiento mutuo. Esta *integración dinámica* en el diagnóstico, nos permite llegar a una visión más genérica, pero más completa del problema.

VALORACION CUALITATIVA DE LA ESTRATIFICACION

Una vez integrados, estratificados y correlacionados los factores diagnósticos, se deberá proceder a su valoración cualitativa. Aunque hayamos llegado a una verdadera "*secuencia diagnóstica*", a través del interrelacionamiento, ello no significará que el factor diagnóstico del que pudieran derivar, etiológicamente, los demás, sea el más importante o de mayor relevancia. Tampoco será más relevante el proceso patológico más evolucionado, ya que ello no implica ni gravedad ni urgencia. Solamente, a través de la *valoración cualitativa*, podremos establecer una verdadera catalogación de cada factor diagnóstico.

Como ejemplo teórico, tomemos como referencia un caso clínico en el que apreciamos la existencia de una caries molar crónica, con intensa destrucción coronaria y afectación pulpar, que —a su vez— haya provocado (a través de un trauma repetitivo) una lesión neoplásica lingual.

En una estratificación diagnóstica, llegaríamos al siguiente planteamiento:

Primer nivel: trauma lingual

Segundo nivel: neoplasia

Tercer nivel: caries

Cuarto nivel: proceso pulpar

Quinto nivel: — — — —

En una estratificación correlacionada, podremos establecer dos criterios:

- a) caries → proceso pulpar
- b) caries → trauma lingual → neoplasia

En cambio, tras la valoración cualitativa de los factores diagnósticos, llegaremos a una codificación diferente, en cuanto a prioridades de evaluación:

- 1) neoplasia
- 2) proceso pulpar
- 3) caries
- 4) trauma lingual

De ahí que podamos comenzar a hablar de una verdadera *estratificación cualitativa*, frente a la ya antes reseñada, que podríamos denominar como *cuantitativa*.

Así pues, podemos establecer, hasta el momento, los siguientes procedimientos de valoración diagnóstica, dentro del ámbito de su integración:

- A) *Estratificación cuantitativa.*
- B) *Estratificación cuantitativa correlacionada.*
- C) *Estratificación cuantitativa.*

Teniendo en cuenta dichos procedimientos diagnósticos, el profesional puede llegar a una verdadero proceso de integración dinámica en el diagnóstico, a través de una planificación adecuada, bajo los siguientes criterios secuenciales:

- A) Realizar una estratificación cuantitativa.
- B) Correlacionar la estratificación ya establecida.
- C) Analizarla cualitativamente.

BIBLIOGRAFIA

- BERARD R. — "Introduction à la pratique dentaire chez l'enfant". Edit. Masson et Julien Prelat. Paris. 1972.
- BRAHAM R.L., MORRIS M.E. — "Textbook of pediatric dentistry". Publ. Williams and Wilkins. Baltimore. 1985.
- CHAVES M.M. — "Odontología Social". Edit. Labor do Brasil S.A. Brasil. 1977.
- CHOVET M. — "Abrégé d'Ergonomie". Edit. Masson. 1978.
- GUGINO C.F. — "An orthodontic philosophy". Div. of Rocky Mountain assoc. Int. U.S.A. 1970.
- KATZ S., Mc DONALD J., STOOKEY G. — "Odontología preventiva en acción". Edit. Panamericana. Buenos Aires. 1975.
- MUHLEMANN H.R. — "Introduction to oral preventive medicine". Buch und Zeitschriften Verlag "Die Quintessenz". 1976.
- SCHON F., REICHENHALL B. — "Trabajo en equipo en la práctica odontológica". Buch und Zeitschriften-verlag "Die Quintessenz". 1973.
- YOUNG W.O., STRIFFLER D.F. — "The dentist, his practice and his community" W.B. Saunders Company. 1969.